Aus der Universitätsfrauenklinik, Berlin NW 7, Artilleriestraße 18
Leiter: Geheimrat Prof. Dr. Stoeckel.

Portiostumpfcarcinom

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Anneliese Habenicht

aus Essen

Tag der Promotion: 29. Mai 1937.

Buchdruckerei und Verlagsanstalt R. Pfau, Berlin NW 7, Luisenstr. 21.

M 92

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Siebeck
Referent: Prof. Dr. Schultze
Korreferent: Geh.-Rat Prof. Dr. W. Stoeckel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Wenn hier vom Carzinom des Portiostumpfes die Rede ist, so ist nur die erstmalige Entstehung eines Carzinoms im Stumpf gemeint und nicht etwa Rezidive eines Corpusca, das durch Operation entfernt war. Es sind also nur Fälle nach supravaginaler Amputation wegen verschiedener Erkrankungen an Uterus und Adnexen außer Carzinom. Bei diesen Erkrankungen, für die die erwähnte Operationsmethode geeignet ist, steht an erster Stelle das Myom, dann folgen Ovarialkystome und ferner entzündliche Adnexerkrankungen.

Ueber die Ursache der malignen Entartung des zurückgelassenen Portiostumpfes läßt sich nichts Sicheres sagen. Es liegen hier verschiedene Annahmen vor:

Das Fibromyom war schon primär bösartig, oder es waren darin epitheliale Einschlüsse vorhanden, die später einen Krebs bilden können. Dann zwar gehörte streng genommen das spätere Stumpfcarzinom nicht zu den typischen, da wir doch nur das berücksichtigen wollten, das nach supravaginaler Amputation wegen vollkommen gutartigen Myoms ohne irgendwelche maligne Entartung entstanden ist. Thaler, der 1924 6 Stumpfcarzinome mitgeteilt hat, glaubt, in der gleichzeitig mit der Operation ausgeführten Kastration, wenn sie im geschlechtsreifen Alter durchgeführt wird, ein begünstigendes Moment für die maligne Degeneration im Stumpf als Folge der plötzlich einsetzenden Atrophie zu sehen.

Fähndrich weist diese Erklärung auf Grund fremder und eigener Erfahrungen zurück.

Die dritte Annahme über die Entstehung des Stumpfcarzinoms ist die nach Ohlhausen, der meint, daß die durch die Ligatur der Arteria uterina bedingte Atrophie des Stumpfes ein günstiger Boden für das Carzinom sei.

Diese Theorie sieht Fähndrich ebenfalls als entkräftet an durch zahlreiche Beobachtungen von Fällen, in denen erst 10—25 Jahre nach der Operation das Carzinom auftrat. Auch die Stumpfcarzinome aus dieser Klinik, die ich am Schluß der Arbeit beschreiben werde, sind fast alle erst 5—10 Jahre nach der supravaginalen Amputation aufgetreten.

Besser begründet ist die Vorstellung, daß die Gewebsschädigung nach Geburten in Form von Läsionen zu Katarrhen, Erosionen und Entzündungen führen, auf deren Boden dann das Carzinom entsteht (Fähndrich). So haben auch im Material dieser Klinik fast sämtliche Frauen mehrere Geburten und Fehlgeburten in der Anamnese aufzuweisen.

Auch Polak in Amerika hat die Beobachtung gemacht, daß das Stumpfcarzinom sich seltener bei Nulliparen oder Virgines als bei Multiparen findet. Deshalb empfiehlt er für Mehrgebärende grundsätzlich die abdominale Totalexstirpation. Bei Nulliparen sind Eriosonen meist harmlos in bezug auf spätere maligne Degeneration (Gilbert).

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für die Entstehung eines Stumpfcarzinoms besteht darin, daß man überhaupt einen, wenn auch noch unbekannten Zusammenhang zwischen dem Vorkommen vom Myom und Carzinom annimmt, der sich insofern bei der supravaginalen Amputation geltend macht, als sie ja vorwiegend bei myomatösem Uterus durchgeführt wird (Fähndrich). Daß der Cervixstumpf an sich in erhöhtem Maße zur malignen Entartung neigt, wird bestritten, deswegen wird die grundsätzliche Herausnahme der Cervix fast von allen abgelehnt.

Die Zeitintervalle zwischen der primären Operation und der Entwicklung des Krebses im zurückgelassenen Stumpf variieren kollossal und zwar hat man noch nach fast 30 Jahren die Entstehung eines Stumpfcarzinoms beobachtet. Es ist daher sehr wichtig, die Patientinnen, die eine derartige Operation durchgemacht haben, regelmäßig zur Nachuntersuchung wieder zu bestellen, um im Falle eines Ca. dieses im frühesten Stadium beeinflussen zu können.

Alle diese Betrachtungen über das Stumpfcarzinom sind deswegen von Wichtigkeit, weil es von der Häufigkeit der Entstehung abhängt, welche von den beiden üblichen Operationen man zur Beseitigung der obengenannten Erkrankungen, also Myom, Ovarialkystom und entzündliche Adnexerkrankungen anwenden soll. Es handelt sich um die Frage der Wahl zwischen supravaginaler Amputation der Gebärmutter und der Totalexstirpation derselben. Es ist keineswegs gleichgültig, welche von den beiden Operationen ausgeführt wird, da die Totalexstirpation die größere primäre Mortalität hat und außerdem natürlich etwas mehr zerstümmelnd wirkt als die supravaginale Amputation, letztere aber wiederum das Risiko

der malignen Entartung des zurückgelassenen Portiostumpfes einschließt. Es ist daher notwendig, vor jeder Operation genau das Für und Wider jeder der beiden Methoden für den entsprechenden Fall abzuwägen.

Die Entstehung eines Portiostumpfcarzinoms ist nicht der einzige Nachteil der Operation, sondern es ist nicht selten das sogenannte Stumpfexsudat zu diagnostizieren. Nun ist dazu einiges zu sagen: Bei der Entlassung aus der Klinik, also 10—14 Tage nach der Operation wird nicht selten das sogenannte Stumpfexsudat entdeckt. Dies sind häufig Exsudate geringfügiger Ausdehnung, die der Patientin nicht zum Bewußtsein kommen, da sie sich weder in Schmerzen, noch in auffälligen Temperaturen äußern. Werden solche Frauen 4 oder 5 Wochen später nach der Operation untersucht, so findet man nichts mehr. Ein kleines Exsudat ist dann restlos verschwunden, ohne daß es der Patientin je bewußt geworden ist. Im übrigen gehen unter der Diagnose Stumpfexsudat nicht nur kleine Haematome, sondern es werden durch die Operation an den Uterus herangezogene Adnexe als Stumpfexsudate fälschlicherweise angesprochen. Gelegentlich bewirkt auch das Aufflackern einer alten Entzündung in den Tuben einen entsprechenden Palpationsbefund. Es ist also nach Amreich die Diagnose Stumpfexsudat gar nicht einwandfrei zu stellen, und es handelt sich meistens um Pseudostumpfexsudate, denn nur ein Viertel derselben macht Krankheitserscheinungen. Nach Péham sind die kleinen Exsudate also nach kurzer Zeit restlos verschwunden, und er hält daran fest, in einfachen Fällen, in denen kein Bedürfnis nach Drainage der Bauchhöhle vorliegt, nach wie vor der supravaginalen Amputation das Wort zu reden. Dagegen hält auch er es nicht für zweckmäßig, den Stumpf um jeden Preis belassen zu wollen und die Drainage dadurch herbeizuführen, daß man die hintere Cervixwand spaltet (Tôth) oder den Douglas drainiert.

Weibel geht so kraß vor, daß er die supravaginale Amputation wegen ihrer Gefahr der Stumpfexsudate, also ihrer erhöhten Morbidität, aber auch deswegen, weil sie keine geringere Mortalität habe, ganz abschaffen und in jedem Fall durch die Totalexstirpation ersetzen will. Aber die meisten Gynäkologen wollen die supravaginale Amputation doch nicht vollständig missen, wenn sie der Totalexstirpation auch den Vorzug geben, da erstere in den geeigneten Fällen doch lebenssicherer, einfacher und für die Patientinnen voll befriedigend ist. Aber es hat keinen Sinn, einen Cervixstumpf

zurückzulassen, wenn man infolge schwerer Veränderungen der Adnexe dieselben beiderseits entfernen muß, da sich herausgestellt hat, daß bei fehlenden Ovarien der Portiostumpf viel eher maligne entartet, als wenn die hormonale Funktion nicht gestört ist.

„Ebenso ist es schlecht bei einem intraligamentär entwickelten Myom supravaginal zu amputieren und eine Wundhöhle zu schaffen, der die Abflußmöglichkeit fehlt. Es ist gefährlich, bei infizierten Fällen die Bauchhöhle hermetisch abzuschließen". (Péham).

Nach obengenanntem Verfasser soll man aber bei einer Nullipara mit schlanker, glatter Portio und grübchenförmigem Muttermund nicht durch Auslösung dieses Teiles des Uterus die „Architektonik des Scheidengewölbes und die Biologie der Vaginalflora durch Wegfall des Cervikalsekrets (Küstner) stören, zumal eine junge Frau bei Zurücklassung der Portio psychisch viel eher das Gefühl des vollwertigen Weibes behält, als im anderen Fall, wo der Uterus ganz entfernt wird". Daß die Totalexstirpation eine größere Mortalität als die supravaginale Amputation aufweist, (Amreich auf Grund des Materials der Wiener Frauenklinik 6% : 1,6%, Franz bei 632 supravaginalen Amputationen 1,5%, bei 181 abdominellen Totalexstirpationen 6%) spricht nach Péham keineswegs gegen die Totalexstirpation, da letztere von vornherein schwer belastet ist durch die schweren Fälle, schwer durch ungünstigen Sitz der Myome oder der Vergesellschaftung mit Adnexveränderungen oder durch bestehende Verwachsungen und Infektionen der Myome. Ferner stellt natürlich rein technisch die Ablösung der Blase und das Arbeiten nahe an den Ureteren, die Eröffnung der Scheide, den größeren Eingriff dar als die supravaginale Amputation (Péham). Stoeckel (Veit Stoeckel: Handbuch der Gynäkologie) bevorzugt die Totalexstirpation vor der supravaginalen Amputation wegen der Gefahr der malignen Entartung des Portiostumpfes, er gibt aber zu, daß dort, wo ein schneller Eingriff notwendig ist, und wo die Eröffnung der Scheide eine Infektionsgefahr für das Peritoneum mit sich bringen könnte, die supravaginale Amputation wohl geeignet ist.

Die Frauenklinik der Charité steht auf dem Standpunkt, daß man, wenn man nicht konservativ operieren könne, den Portiostumpf nicht zurücklassen solle, da auf Grund eigener Erfahrungen die Gefahr der späteren carzinomatösen Entartung zu groß sei (Waldayer). Sie gibt daher der Totalexstirpation auch bei einfachem, unkompliziertem Uterus myomatosus vor der supravagi-

nalen Amputation den Vorzug. In derselben Klinik wurden 1917 bis 1933 14 Fälle von Cervixstumpfcarzinom beobachtet:

9 davon waren operabel
8 davon wurden auch operiert
3 davon †
6 davon bekamen Radiumbehandlung
3 davon †

Nur 2 Frauen waren länger als 5 Jahre rezidivfrei. Spencer berichtet in seiner Arbeit: „Bemerkungen über die abdominale Totalexstipation bei Uterus myomatosus mit spezieller Berücksichtigung des nach supravaginaler Amputation möglichen Auftretens von Cervixcarzinom" (Univ. Coll. hosp. London) über eine Mortalität von 5% nach Totalexstirpation des Uterus und von 1,9% nach supravaginaler Amputation in Amerika.

Nach einer französischen Zusammenfassung von 1931, in der lediglich die französische Literatur berücksichtigt wurde, stellt sich der Verfasser auch auf den Standpunkt, daß, wenn irgend möglich, eine supravaginale Amputation ausgeführt wird, und lehnt die Totalexstirpation wegen zu hoher Mortalität ab, wenn die Cervix unverändert ist.

Wenn wir nun die Häufigkeit der primären Entstehung eines Portiostumpfcarzinoms untersuchen, so stimmen die Statistiken der verschiedenen Kliniken auch in den verschiedensten Ländern merkwürdig überein. Die Prozentzahlen bewegen sich größtenteils zwischen 0,3 und 1. Eine rumänische Zusammenfassung von 1931, der bis zu der Zeit in der Literatur veröffentlichten Fälle unter fast ausschlielicher Berücksichtigung des französischen Schrifttums gibt zwar eine Häufigkeit von 1—6,5% an, rechnet aber die Stumpfcarcinome mit, bei denen die supravaginale Amputation erst einige Wochen vor der Erkennung des Carzinoms stattgefunden hatte. Es handelt sich bei den Fällen sicherlich nicht um ein primäres Stumpfca., sondern es war die Portio sicher schon zur Zeit der Operation maligne entartet gewesen. Man kann wohl annehmen, daß bei Berücksichtigung nur der Fälle, die mindestens eine Zeitspanne von 5 Jahren zwischen Operation und Auftreten von Ca aufwiesen, eine weit niedrigere Prozentzahl gefunden worden wäre. In derselben Veröffentlichung wird an erster Stelle das Myom, an zweiter Stelle das Ovarialkystom als prädisponierend hingestellt.

Früher hat man geglaubt, daß der Ausschneidung der Gebärmutterhalsschleimhaut ein vorbeugender Wert zukomme. Es hat sich aber herausgestellt, daß das nicht der Fall ist. In einer französischen Statistik der Brünner Universitäts-Frauenklinik wird eine Prozentzahl des Stumpfcarzinoms von 0,34 angegeben. Tesauro (Chin. gynécol., univ. Naples) berichtet über 10 Fälle von Cervixcarcinom nach supravaginaler Amputation, die in den Jahren 1919 bis 1928 an der gynäkologischen Klinik des Hospitals Broca beobachtet wurden. In der gleichen Zeit wurde dort bei einem gesamten Material von 5780 Operationen 1864 mal die subtotale Hysterektomie ausgeführt. Das ergibt also eine Häufigkeit des Ca im Cervixstumpf von 0,54%.

Bei den beobachteten 10 Fällen waren 8 noch gut operabel. Die Amputation lag bei 7 Patientinnen länger als 5 Jahre, bei 9 länger als 10 Jahre zurück. Der Anlaß zu dieser Operation war 6 mal Entzündung der Adnexe, 3 mal ein Fibromyom und 1 mal eine Ovarialcyste. 2 von den 10 Fällen waren inoperabel. Sie wurden mit Radium behandelt. Die übrigen 8 wurden operiert und zwar 6 nach der Methode von Wertheim.

Von den 8 Operierten 1 † primär
Von den 8 Operierten 2 † später (in 1 bezw. 3 J.)
Von den 8 Operierten blieb 1 Pat. verschollen. —
Von den 8 Operierten lebten 4 noch zur Berichtszeit,
davon 1 Patientin nach 7 Jahren
davon 1 Patientin nach 4 Jahren
davon 2 Patientinnen nach 1 Jahr.

Von den 2 mit Radium behandelten Patientinnen erkrankte eine nach vorläufiger Heilung im 3. Jahre an einem Rezidiv, dem sie einige Zeit später erlag. Die andere war nach 7jähriger Beobachtungszeit als geheilt anzusehen.

In der deutschen Literatur sind insgesamt 108 Stumpfcarzinome beschrieben, von denen 14%, in der ausländischen 287 Fälle, von denen 28% mangels näherer Angaben nicht verwertet werden können. Alles in allem sind also 395 Cervixstumpfcarzinome veröffentlicht worden, von denen 299 eine statistische Verwertung zulassen. Bei den 93 verwerteten Fällen der deutschen Literatur wurden

16 Fälle innerhalb eines Jahres nach der Operation diagnostiziert
19 Fälle innerhalb von 1—3 Jahren nach der Op. diagnostiziert
12 Fälle innerhalb von 3—5 Jahren nach der Op. diagnostiziert
46 Fälle später als 5 Jahre nach der Op. diagnostiziert.

Die ersten 16 Fälle sind wohl mit Sicherheit von den primären Stumpfcarzinomen auszuschließen und als schon zur Zeit der Operation bestehende maligne Degenerationen aufzufassen.

Bei den 206 Fällen der ausländischen Literatur wurden

42 Fälle innerhalb 1 Jahres nach der Operation diagnostiziert
49 Fälle innerhalb von 1—3 Jahren nach der Op. diagnostiziert
30 Fälle innerhalb von 3—5 Jahren nach der Op. diagnostiziert
85 Fälle später als 5 Jahre nach der Op. diagnostiziert.

Die Zusammenfassung beider Statistiken ergibt:

42,2% bis zu 3 Jahren nach der Operation
14,4% bis zu 5 Jahren nach der Operation
43,8% später als 5 Jahre nach der Operation.

Alle diese Statistiken enthalten leider keinen Hinweis auf die entsprechende Anzahl der supravaginalen Amputation. Ich konnte da aus der Literatur nur folgende Ergebnisse zusammenstellen:

Klinik	Fälle v. S. A.	Ca im Stumpf	Prozentzahl
Univ. Naples 1919—1928			
Hospital Broca	1864	10	0,54 %
Ginécol. Univ. Catania	191	1	0,525%
Univ. Frauenklinik, Kiel	717	2	0,28 %
Univ. Freiburg			
Dissert. Schütte	198	—	—

Wenn man die Malignität und Heilungstendenz des gewöhnlichen Collumcarzinoms mit dem des Stumpfcarzinoms vergleicht, so ist allgemein erwiesen, daß die Penetrationsfähigkeit des Stumpfcarzinoms bei weitem größer ist und daß es therapeutisch viel schlechter zu beeinflussen ist. Auch das ist natürlich ein Grund, um der Totalexstirpation von vornherein den Vorzug zu geben zur vollständigen Ausschließung der Entstehungsmöglichkeit eines Stumpfcarzinoms.

Die Häufigkeit des Carzinoms im Collumstumpf in bezug auf das des Gebärmutterhalses ohne Amputation des Corpus gibt das Radiuminstitut in Brüssel mit 0,63% an. Nach demselben Bericht hat sich die Applikation von Radium in den Gebärmutterhals oder in den Scheidengrund als die wirksamere Therapie erwiesen. Die Röntgentherapie hat nur vorübergehende Wirkung gezeigt. Eine weitere therapeutische Maßnahme ist die Exstirpation des Portiostumpfes. Aber die Operation ist durch Narbenbildung nach der ersten Operation, durch Verziehung der Harnleiter und der Harnblase erschwert. Die primäre Sterblichkeit ist bei solchen Fällen groß und die Dauerheilung selten. Als operabel zu betrachten sind solche Fälle, bei denen der Stumpf noch beweglich ist und in das Lumen der Scheide heruntergezogen werden kann. Die Radiumbestrahlung sollte bei infiziertem Stumpfcarzinom vermieden werden, da sie beim Stumpfcarzinom im allgemeinen schon schwieriger ist als beim gewöhnlichen Collumcarzinom und nicht selten zur akuten Entzündung der benachbarten Gewebe führt. Es hat sich herausgestellt, daß das infizierte Carzinom eine geringere Radiosensibilität zeigt als das nicht infizierte und daß bei Steigerung der Radiumdosis das Carzinom zwar vollkommen zerstört werden konnte, die Folgen auf das umgebende Gewebe aber derart waren, daß ein Zerfallskrater übrig blieb, der keinerlei Tendenz zur Vernarbung zeigte (Veit Stoeckel).

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen über Aetiologie, Häufigkeit und Therapie des Stumpfcarzinoms, möchte ich über meine eigenen Untersuchungen und deren Ergebnisse an dieser Klinik berichten. Ich habe da zunächst die Krankenblätter von 1925—1931 auf supravaginale Amputationen hin durchgesehen und ein Material von 197 Fällen gefunden. Es sind also seit der Operation der letzten Patienten 5 Jahre vergangen, und ich habe damit die Möglichkeit ausgeschlossen, ein Stumpfcarzinom zu finden, das schon zur Zeit der Operation bestand. Diese 197 Patientinnen habe ich nun brieflich gebeten, zur Nachuntersuchung in die Klinik zu kommen. Zugleich habe ich in den Briefen Fragen an sie gerichtet, die sie mir im Falle ihres Nichterscheinens schriftlich beantworten sollten.

Die Erkrankung, wegen derer die Patientinnen supravaginal amputiert waren, möchte ich hier kurz angeben, um zu beweisen, daß das Myom bei weitem am häufigsten vertreten ist.

131 Pat. wegen Myom
43 Pat. wegen Ovarialkystom
8 Pat. wegen Ca ovarii
6 Pat. wegen Hydrosalpinx
7 Pat. wegen Perfor. bei Cur. wegen Grav.
2 Pat wegen chronischer Pelveoperitonitis.

Auf meine Briefe hin erschienen 71 Frauen persönlich und die übrigen, außer 52 Patientinnen, die nicht zu ermitteln waren, und 5, die inzwischen verstorben waren, antworteten schriftlich auf meine Fragen. Ich hatte also letzten Endes ein Material von 145 Frauen, über die ich mich orientieren konnte. Ueber die 5 verstorbenen Frauen berichteten die Familienangehörigen mir ausführlich:

2 davon waren wegen Myom operiert.

1. Frau Marie K. 46 Jahre, Op. 1929 Supravag. Amp. cum Adnex bil.

Nach Angaben der Schwester ist die Frau 1930 an Darmverschluß verstorben. Die Patientin hätte sich nach der Operation sehr wohl gefühlt.

2. Frau Emma D. 52 Jahre, 1928 Supravag. Amp. cum Adnex bil.

Der Ehemann berichtet, daß seine Frau über irgendwelche nachteiligen Folgen der Operation nie geklagt hätte. Am 21. 11. 1934 sei sie 11 Tage nach einer Gallensteinoperation infolge von Herzschwäche gestorben.

Bei der 3. Patientin, Frau Minna K. 64 Jahre, lautete die Diagnose vor der supravag. Amp. Uterus myomatosus und Ca ovarii. Es wurde 1928 die Operation ausgeführt. Am 28. 2. 1928 starb sie unter „heftigen Schmerzen und Verdauungsstörungen". Also allem Anschein nach an Metastasen des Ca.

4. Frau Hedwig S. 38 Jahre, Operation wegen Tumor ovarii 1926. Am 14. 11. 26 starb die Patientin an „Unterleibskrebs".

5. Fräulein Käte H., 1930 wegen Uterus myomatosus und Ca corporis supravaginal amputiert.

Sie starb am 4. Juni 1934, weil „die Geschwulst in die Blase gedrungen war".

Die letzten 3 Fälle können wir, wenn auch die Patientinnen vielleicht Ca-metastasen im Portiostumpf hatten, nicht verwerten, da es ja keine primären Neubildungen waren. Es ist also einwandfrei klar, daß die 5 Patientinnen nichts mit einem sogenannten primären Stumpfcarzinom zu tun haben.

Ueber die übrigen 140 Frauen konnte ich mir also, wie gesagt, teils durch persönliche Untersuchungen, teils durch ihre Antwortschreiben ein Bild machen. Das Ergebnis war nun, daß ich keinen Fall von Portiostumpfcarzinom feststellen konnte. Bei den meisten Frauen war die Portio glatt und gut beweglich und das umgebende Gewebe weich, und die Frauen klagten über keinerlei Beschwerden. Einige Patientinnen mit Erosionen der Portio bestellte ich in die Poliklinik und behandelte sie dort mit dem Erfolg, daß sie nach einiger Zeit als gesund entlassen werden konnten.

Unter den Frauen, die mir brieflich antworteten, war auch keine, die an Blutungen oder besonderem Ausfluß gelitten hätte. Diesem sehr günstig aussehenden und für die supravaginale Amputation sprechenden Resultat möchte ich nun die Fälle von Stumpfcarzinom gegenüberstellen, die von 1932 bis jetzt in unserer Klinik lagen. Es sind 7 Fälle. Die Zahl der Collumcarzinome ohne supravaginale Amputation beträgt in derselben Zeitspanne 1701.

Bei sämtlichen Patientinnen ist die supravaginale Amputation außerhalb ausgeführt worden.

1933 sind von Schäfer 7 Fälle aus dieser Klinik veröfentlicht worden.

Die Diagnose lautet bei 2 Patientinnen vor der supravaginalen Amputation: Myom, bei den übrigen Gebärmutterblutungen.

Ein 8. Fall war noch unter der Diagnose: Stumpfcarzinom operiert, bei einer Frau, die eine supravaginale Amputation wegen Blasenmole und Chorionepitheliom durchgemacht hatte. Es stellte sich aber nachher heraus, daß es sich um eine unverdächtige alte Erosio portionis glandularis handelte.

Die 7 Stumpfcarzinome in einer Tabelle dargestellt:

Name	Alter	Geburten	Aborte	Supravag. Amp. wegen	Zeitabstand zwischen supr. Amp. und Ca.	Behandlung	Jetziger Befund
Frau A. B.	49	4	2	Myom 1922	10 Jahre	Radium 1932	rezidivfrei
Frau M. M.	36	2	2	Myom 1928	5 Jahre	Radium 1933	rezidivfrei
Frau K. W.	—	3	—	Myom 1927	6 Jahre	Op., rad. 18. 12. 33	1 Jahr später † Verdacht auf Gehirnmetastase
Frau A. B.	—	1	—	Blutungen 1926	8 Jahre	Radium 1934	rezidivfrei
Frau G. R.	56	1	—	Blutungen 1928	4 Jahre	Op. rad. 1932	rezidivfrei
Frau E. S.	46	2	—	Myom 1934	2 Jahre	Ra. 8. 4. entlassen, bis jetzt rezidivfrei	
Frau E. Sch.	37	4	1	Blutung Dez. 1935	½ Jahr	Ra. noch in Behandlung	

Die beiden letzten Fälle kann man in bezug auf Heilungstendenz des Stumpfcarzinoms natürlich nicht verwerten. Bei den ersten 5 Fällen sehen wir, daß 2 noch nach 4 Jahren, einer nach 3 Jahren und einer nach 2 Jahren völlig rezidivfrei ist, eine Patientin aber nach einem Jahr gestorben ist.

Von allen Fällen sind 2 operiert und 3 mit Radium behandelt worden. Bei der Patientin, die nach einem Jahr an Metastasen starb, waren solche sicher schon zur Zeit der Operation vorhanden, brachten nur noch keine klinischen Erscheinungen. Wir sehen ferner aus der Tabelle, daß die Radiumbehandlung überwiegt und auch gute Erfolge zeigt. Zum Schluß möchte ich noch 2 Fälle ausführlich bringen, und zwar einen operativen Fall und einen mit Radium behandelten.

I. Frau K. W.

Ca colli im Portiostumpf.

Anamnese: 3 Geburten. E. M. mit 15 Jahren. L. M. mit 52 Jahren.

Außer starken Krampfaderbeschwerden keine Krankheiten bis vor 6 Jahren. Da supravaginale Amputation wegen Uterusgeschwulst. Vor einem Vierteljahr etwas Blut in der Wäsche. Die Patientin ging zum Arzt, der Aetzbehandlung vorschlug, die ohne Erfolg blieb. Deshalb fachärztliche Untersuchung und daraufhin Einweisung in die Klinik. Kreuzschmerzen, Gewichtsverlust.

Befund: Kleine Frau in gutem E. Z., ziemlich reiche Fettpolster.

Aeußeres Genitale o. B. Scheide fingerlang.

Am Ende eine zerklüftete, derbe Portio mit zentraler Kraterbildung. Knotenbildung greift nach links auf das Scheidengewölbe über.

Uterus: Status nach supravag. Amputation.

Rectal: Vergrößerung und starke Infiltration des linken Parametriums. Es wird mit dem scharfen Löffel ein Stück aus der Portio entnommen.

Operation: Radikale Exstirpation des Portiostumpfes.

Bericht:

18. 12. 1933 Desinfektion der Vagina und Vulva. Linksseitiger Schuchard. Ziemlich blutreich. Exakte Blutstillung. Scheidenmanschette wie bei der Radikaloperation. Freipräparieren der Blase, wobei die Plica eröffnet wird. Nach Eröffnung des Douglas Auslösen des Stumpfes unter Mitnahme des praevesikalen Gewebes, wobei besonders links ziemlich reichlich Gewebe mitkommt. 4 primäre Gefäßversorgungen und 2 Umstechungen hinterher. Verschluß des Peritoneums mit Knopfnähten. Einzelne Blasenraffnähte. Verschluß der Umschneidungsstelle. Guttaperchagazestreifen in den linken, ziemlich tiefen parametranen Raum. Darüber Schuchardsche Naht. Innen Catgut und Catgut, außen Catgut und Michelsche Klemmen. Ziemlich blutarme und auch nicht schwere Operation.

21. 12. 33 Nur in den ersten Tagen Temperatur bis 38.3. Seitdem zwischen 36,5 und 37. 3 Tage katheterisieren. Drain entfernt.

24. 12. Klammern entfernt.

29. 12. Weiter glatter Verlauf, nahezu normale Temperatur. Wohlbefinden.

30. 12. Wunde noch schmierig belegt. Allgemeinbefinden gut.

15. 1. 34 Cystoskop. Bericht: Trigonum ziemlich stark gerötet, sonst sieht die Blase vollkommen normal aus. Entlassung beschwerdefrei. Linker Dammschnitt gut verheilt. Scheidennarbe

glatt. Innerlich o. B. Besondere Hinweisung der Patientin auf die Blasenuntersuchung.

15. 7. 34 † Verdacht auf Gehirnmetastase.

II. Frau Agnes B., 49 Jahre, Aufnahme 11. 8. 32.

Ca colli im Portiostumpf.

Status post supravaginaler Amputation. Behandelt mit Ra. Rö.

Anamnese: 4 Geburten, 2 Aborte.

E. M. mit 14 Jahren.

Bis zur Operation 1922 immer gesund gewesen. 1922 supravag. Amputation wegen Uterus myomat., anschließend Thrombose. Seit 2 Jahren besteht blutiger Fluor. Keine Schmerzen. Gewichtsstillstand.

Befund: Cor, Pulm. o. B.

Vulva: o. B. Scheide weit. An der Stelle der Portio fühlt man einen fast kleinapfelgroßen Tumor (Blumenkohltumor), der nach hinten etwas auf das Scheidengewölbe übergreift. Beide Parametrien frei.

Mikr. Befund: Indifferentzelliges Carzinoma colli.

Cystoskop. Bericht: Schleimhaut stellenweise trübe, schlechte Gefäßzeichnung, Urin klar, Ureterostien o. B.

Verlauf der Behandlung:

15. 8. 1. Radiumeinlage 2 × 26 mg R. E. quer vor die Portio.

18. 8. Entlassen, wiederbestellt zum 7. 10.

7. 10. Wiederaufnahme. Befinden hat sich gebessert. Sehr gute Beeinflussung durch Radium. Portio ist breit, zerklüftet. Man sieht statt des apfelgroßen Tumors ein gut fünfmarkstückgroßes, sich überhäutendes Ulcus. Parametrien frei, Harn klar.

10. 10. 2. Radiumeinlage. 24 mg R. E. in einer Platte vor die Portio für 44 Stunden.

12. 10. Radium entfernt, gut vertragen.

15. 10. Entlassen. Kontrolle Rö. Abt.

Patientin ist alle 2—3 Monate zur Nachuntersuchung in die Röntgenabteilung gekommen.

24. 1. 34 hintere M. M.-Lippe fehlt fast völlig. Im hinteren Scheidengewölbe vorspringender Narbenstrang. Portio sauber, kleine Haemorrhagien.

16. 5. 36 letzte Nachuntersuchung. Patientin vollkommen rezidivfrei.

Abschließend ist zu sagen, daß, wenn auch bei weitem die Totalexstirpation die am meisten angewandte Methode ist, es doch wohl kaum möglich ist, sich kraß auf die Seite einer der beiden Operationsmethoden zu stellen, sondern ich halte es für das gegebene, mit Péham zu sprechen: „Nicht entweder die supravaginale Amputation oder Totalexstirpation soll die Devise lauten, sondern sie soll dahingehen, daß beide Verfahren friedlich nebeneinander ihre Daseinsberechtigung haben und daß sich bei geeigneter, strenger Auswahl beide Verfahren zum Wohle der Frauen gegenseitig ergänzen."

Im Vorstehenden wurde zunächst auseinandergesetzt, was unter primärem Stumpfcarzinomen zu verstehen ist, ferner wurden die verschiedenen Theorien des Stumpfca., die Häufigkeit an Hand der Literatur und die Therapie desselben dargelegt, und schließlich wurden die Ergebnisse der statistischen Untersuchungen an dieser Klinik veröffentlicht.

Literaturverzeichnis.

Fähndrich: Z. Geburtsh. 109, 382—407 (1934).
Schütte, Magd.: Die maligne Entartung des Portiostumpfes nach supravaginaler Uterusexstirpation. Freiburg i. Br., Diss. 1934.
Distefano: Chin. ostetr.-Ginécol., Univ. Catania 37, 328—332 (1935).
Schäfer: Zbl. d. Gyn. 33, 2068—2074.
Senèque: Presse méd. (1931).
Waldayer: Zbl. Gynäk. 1934, 35—44.
Platareanu: Spital. 51, 369—374 u. franz. Zusammenfassung, 383—384 (1931) / Rumänisch /
Veit-Stoeckel: Handbuch der Gynäkologie.

Lebenslauf.

Als Tochter des Seminaroberlehrers Cristian Habenicht wurde ich, Anneliese Habenicht, am 26. 6. 1912 in Essen geboren. Ich bin evangelischer Konfession und arischer Abstammung.

Ostern 1930 erhielt ich am Oberlyceum in Eberswalde das Reifezeugnis. Danach begann ich sofort mit dem medizinischen Studium. Außer einem Semester in Jena studierte ich die übrige Zeit in Berlin und bestand hier am 12. V. 1936 das medizinische Staatsexamen. Vom 15. Mai 1936 an bin ich als Medizinalpraktikantin an der Universitätsfrauenklinik bei Herrn Geheimrat Stoeckel tätig.